FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul GERBEAU

Né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure) le 22 août 1896

TYPHOÏDE ET PSYCHOSE DE KORSAKOFF

Président : M. SICARD, *professeur agrégé*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI.....	Pathologie médicale
GLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
BERTIN....	Pathologie médicale.
SSET.....	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN....	Pathologie médicale.
NET.....	Physiologie.
ANCHETIÈRE	Chimie biologique.
ANCA.....	Histologie.
ULÉ.....	Pathologie médicale.
SQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT.....	Pathologie chirurgicale.
AMPY.....	Histologie.
IRAY.....	Pathologie médicale.
ERC.....	Pathologie médicale.
EBRÉ.....	Hygiène.
de JONG.....	Anatomie pathologique.
UVOIR.....	Médecine légale.
ALLE.....	Obstétrique.
ESSINGER...	Pathologie médicale.
IX.....	Pathologie médicale.
ARNIER.....	Pathologie expériment^le^.
ARVIER.....	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER..	Urologie.
OVELACQUE..	Anatomie.
YEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
AMUS.....	Physiologie.
OUGEROT.....	Pathologie médicale.
JÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBOULLET. Clinique médicale infantile.
LÉRI ..... Clinique médicale.
LŒPER ..... Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale fantile.
PROUST ..... Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologiq

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé..... Chargé du cours de chirurgie orthopédique c l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY..... Stomatologie.
N. ..... Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opini émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni imp bation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON FILS MICHEL

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le docteur R. BENON

Médecin de l'Hospice général de Nantes
Médecin chef du centre de psychiatrie de la XIe Région

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail et guidé avec une grande bienveillance.

A Monsieur le professeur agrégé SICARD

Professeur de Pathologie médicale
Officier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Necker

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Il nous a été donné, pendant la guerre, d'examiner avec M. le Dr Benon, dans son service spécialisé de l'Hôpital Broussais, à Nantes, un malade présentant une psychose de Korsakoff développée au cours d'une dothiénentérie de type classique.

Il ne faut pas s'étonner de rencontrer des complications psychiques au cours de la fièvre typhoïde, car il est bien connu que c'est la maladie infectieuse où les complications cérébrales passent pour être les plus fréquentes.

Cependant, si nous consultons les auteurs, nous constatons que leur attention n'a guère été attirée sur le fait de la coexistence de la psychose de Korsakoff et de la fièvre typhoïde. Serait-ce donc d'une extrême rareté ? La fréquence n'en doit pas être notoire et c'est pourquoi il nous est venu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Si les divers traités de psychiâtrie que nous avons consultés sont extrêmement réservés, sinon muets à ce sujet, cela peut s'expliquer aussi par le fait que l'on ne se met pas d'accord sur les caractères propres de la psychose de Korsakoff ; et les auteurs,

à quelque exception près, ne différencient pas cette maladie de la confusion mentale.

Après un exposé assez rapide de l'historique de la question, suivi de l'étiologie et de l'étude clinique de la maladie, nous publierons l'observation recueillie par nos soins dans le centre de psychiâtrie de la XI° Région. La discussion du diagnostic de cette affection, que nous considérons comme particulièrement importante, retiendra notre attention avant que de passer à l'énoncé du traitement.

Nous ne présenterons pas, certes, la psychose de Korsakoff comme une entité morbide, car elle se manifeste à l'occasion de causes multiples : toxiques, infectieuses et toxi-infectieuses, nous voudrons seulement la distinguer nettement du délire, de la confusion mentale, de l'asthénie d'origine infectieuse, de la démence.

Pour cela nous avons adopté le plan suivant :

I. — Historique.
II. — Etiologie.
III. — Etude clinique.
IV. — Une observation.
V. — Diagnostic et Pronostic.
VI. — Traitement.
VII. — Conclusions.

TYPHOÏDE ET PSYCHOSE DE KORSAKOFF

I. — HISTORIQUE

Avant Korsakoff, la psychose qu'il a décrite n'a pas été distinguée du délire et de la démence aigus, de la stupidité, de la confusion mentale.

Dans une série de travaux publiés de 1887 à 1890, cet auteur en fait une maladie de la mémoire qu'il isole sous le nom de psychose polynévritique ou cérébropathie psychique toxémique. C'est, selon lui, un syndrome caractérisé par *la combinaison de troubles psychiques avec des phénomènes de névrite multiple dégénérative*, les troubles psychiques et somatiques n'étant pas d'ailleurs indissolublement liés les uns aux autres.

En effet, bien que Korsakoff affirme qu'un examen attentif permettra toujours de découvrir quelque symptôme de névrite, il concède cependant que les deux éléments de la maladie peuvent s'associer dans des proportions variées, les seconds pouvant dans certains cas être presque nuls et quelques auteurs tels que Babinski et Dupré ont rapporté des cas de psychose sans polynévrite.

Les élèves de Korsakoff : Serbsky, Vaïndrach, Doubrovine, Soukhanoff, Tchelzoff adoptèrent les idées de leur illustre maître en apportant à ses travaux leur part de contribution.

A l'étranger, en Allemagne surtout, ces opinions reçurent un bon accueil des divers auteurs.

Il n'en fut pas de même en France où la psychose de Korsakoff, même de nos jours, est encore considérée comme une forme de confusion mentale.

Faut-il, en passant, honorer la médecine française de l'observation première de troubles amnésiques au cours des polynévrites alcooliques et réclamer pour Charcot, en 1884, la paternité de la psychose que Korsakoff ne décrivit que trois années plus tard ? Du moins, c'est ce que nous dit Babinski au chapitre des *Névrites* dans le *Traité de médecine* Charcot, Bouchard, Brissaud.

De même, il ne sera pas sans intérêt de faire remarquer qu'en 1886, Devic et Roux (1) publiaient dans la *Province médicale* l'histoire d'une malade qui, après avoir présenté du délire dans le cours d'une fièvre typhoïde, fut prise, l'apyrexie venue, d'accidents d'amnésie rétro-antérograde. Se souvenant parfaitement des faits anciens, elle avait oublié les fait récents et ne se rappelait plus au bout de quelques minutes les questions qu'on lui avait posées ni les réponses qu'elle avait faites. Ceci, d'ailleurs, touche de très près le vif de notre sujet et pourrait

1. Cités par Chantemesse *in* Bouchard, Brissaud, Charcot, *Traité de médecine*, *II. f. typhoïde*, p. 105 (1899).

nous entraîner à des discussions d'espèces si le titre même de notre chapitre ne nous conviait à passer outre.

Quand Chaslin écrivit en 1895 son livre sur *la Confusion mentale*, il prit à partie l'auteur russe et ne voulut pas reconnaître l'autonomie de cette psychose qu'il fit entrer dans la confusion.

La même année, Séglas publiait ses *Leçons cliniques* et son opinion ne diffère pas de la précédente.

En 1903, Dupré écrit le chapitre des *Psycho-polynévrites* dans le *Traité* de Gilbert Ballet ; il rend honneur à Korsakoff et s'étend longuement sur la description du syndrome, mais il ne discute pas les relations de la confusion mentale et de la psychose. A noter, cependant qu'il *signale comme possible, bien que rare, son existence au cours de la fièvre typhoïde.*

Deux années plus tard, en 1905, Babinski, chargé de rédiger l'article *Névrites* dans le traité de Charcot, fait mention de la psychose, souvent associée à la névrite multiple ; mais, tout en décrivant très exactement les troubles amnésiques qui, selon lui, occupent le premier plan de la période d'état, il apparente au délire cette maladie de la mémoire.

En 1906, vient, avec Régis, une opinion nettement arrêtée et qui semblera cristalliser la question. Cet auteur, dans la troisième édition de son *Précis de psychiâtrie* ne reconnaît pas l'autonomie de la psychose de Korsakoff. Selon lui, elle doit entrer dans

le domaine de la confusion mentale, et à sa suite, il se formera toute une école de psychiâtres qui professeront les mêmes idées.

L'indécision renaît avec Chaslin (1) qui définit en 1912 le syndrome de Korsakoff avec ou sans confusion ou délire de rêve ; cela revient à ne le différencier de ces derniers que par l'existence ou l'absence de polynévrites associées et non en faire une psychose particulière.

M. Benon n'est pas de l'avis de ces auteurs : il se rattache à la conception de Korsakoff pour isoler cette psychose du délire et de la confusion en lui attribuant ses caractères primitifs.

Telle est l'opinion qu'il a émise pour la première fois en 1913 dans son *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*. Il inspire la thèse de son élève Le Huche qui publie plusieurs cas de psychose de Korsakoff post-traumatique (Paris, 1920). En 1922, un chapitre est réservé à cette affection dans son petit *Manuel de Pathologie mentale* ; et enfin, tout récemment, il vient de remettre au point la question du diagnostic dans son ouvrage sur l'*Alcoolisme cérébral* (Paris, déc. 1923) en des termes qui sembleraient devoir lever toute hésitation ultérieure pour reconnaître ses caractères propres à la psychose de Korsakoff.

1. Chaslin, *Elém. de Clinique et de Séméiologie mentales*, Paris, 1912.

II. — ÉTIOLOGIE

Toutes les infections, toutes les intoxications peuvent être la cause de la psychose de Korsakoff, associée ou non à la névrite périphérique.

En tête de liste, et le plus fréquemment, figure l'alcoolisme sous ses différentes formes, duquel, d'après Korsakoff lui-même, relèveraient les trois cinquièmes des cas observés. Ensuite vient la tuberculose, surtout dans ses déterminations pulmonaires et à la période ultime, cachectique de la maladie.

Ces deux grandes causes, bien que presque constantes, ne sont pas les seules ; à côté, mais plus rarement, ont été signalés : la grippe, l'infection puerpérale, les troubles gastro-intestinaux subaigus, les suppurations viscérales septico-pyohémiques, la fièvre typhoïde (Dupré), le paludisme, le rhumatisme articulaire aigu.

Derrière l'alcoolisme, et au nombre des intoxications exogènes, figurent celles résultant de l'oxyde et du sulfure de carbone, de l'arsenic, du plomb, du mercure, du tabac.

Les auto-intoxications ne devront pas non plus être négligées et on a observé ces troubles mentaux à la suite de l'insuffisance hépatique et rénale (Dieu-

lafoy) de la cachexie cancéreuse, du diabète, de l'inanition.

Les conditions prédisposantes sont plus discutables ; cependant les auteurs citent volontiers l'hérédité psycho-névropathique, le sexe féminin, le surmenage, l'inanition. Cette dernière a été indiquée plus spécialement pour ce qui a trait à la typhoïde.

Dans cette dernière maladie, cette psychose peut éclater dès le début de l'affection et en masquer plus ou moins les symptômes ; mais le plus souvent elle sera l'apanage de la période d'état où elle se montre, soit d'emblée et avec tous ses caractères, soit après une période de délire mal défini.

III. — ETUDE CLINIQUE

I. — Symptômes

Nous prendrons pour type descriptif la forme moyenne, la plus commmune et dont les caractères sont les plus accentués :

1° *Début.* — Le début peut être brusque, — ce qui est rare — ou lent ; il est alors marqué par la diminution de la mémoire se présentant sous la forme d'une amnésie antérograde de fixation, peu marquée, partielle et épisodique, par quelques idées délirantes mal systématisées, à base d'interprétation plutôt que d'hallucinations ou d'illusions, et enfin par des modifications du caractère : le malade devient irritable et facile à énerver.

Dans le cas où le syndrome de Korsakoff compliqué, une affection aiguë fébrile, le début peut être précoce, rapide et annoncé par du délire ;

2° *Période d'état.* — A cette période, deux groupes de symptômes, caractérisent la maladie : les uns d'ordre mental, les autres d'ordre somatique : la polynévrite.

Les symptômes psychiques sont au nombre de trois fondamentaux : l'amnésie, la fabulation, les fausses reconnaissances auxquelles on ajoute l'eu-

phorie qui, si elle n'est qu'accessoire, n'en est pas moins presque constante.

Si l'on prend pour point de repère le début de la maladie, l'amnésie s'étend surtout sur les faits qui se sont écoulés depuis : elle est dite antérograde. C'est avant tout une amnésie de fixation et de conservation. Souvent aussi, l'évocation des faits qui ont précédé la maladie est pénible, mais ce trouble de la mémoire est moins constant et beaucoup moins net que le précédent.

Au point de vue qualitatif, l'amnésie est complète, totale ou presque ; elle embrasse les faits présents, récents ou relativement peu éloignés qui se sont écoulés depuis le début de l'affection.

Au point de vue de la durée et de l'évolution, elle est persistante, mais peu ou pas progressive et capable de s'améliorer à la phase terminale de la psychose.

Le malade oublie tous les événements de sa vie quotidienne, même ceux qui sont liés à une émotion ou à une sensation pénibles, tel que la mort d'un proche parent, la perte de la fortune, la douleur produite par la piqûre ou la brûlure. Le temps, le lieu n'ont plus d'importance pour le patient qui ne se rend compte ni du mois, ni du jour de l'année, pas plus que de l'heure ou de la saison. D'où vient-il, où se trouve-t-il ? il ne saurait le dire, et même si l'on vient à le renseigner, cela est très vite oublié.

Quelques malades font exception et qui conser-

vent de rares souvenirs de leur période d'état ; certains évènements restent dans leur esprit, mais ils ne sont pas bien reproduits et toujours avec lenteur ; pour ceux-là, l'amnésie de fixation n'est que partielle.

L'amnésie rétrograde, quand elle existe, est une amnésie d'évocation durable : les faits antérieurs au début de la maladie et qui pourtant ont été bien fixés, ne peuvent plus être rappelés et souvent ils ne le seront plus jamais. Elle est complète et peu ou pas progressive. Il a été remarqué fréquemment que les malade ont une difficulté extrême à évoquer les dates de leur existence.

Contrastant avec l'amnésie que nous venons de décrire, la mémoire des faits anciens est conservée et c'est ainsi que des malades pour lesquels il existe une véritable lacune de la mémoire pour ce qui a trait aux événements ayant eu lieu, trois, six mois, un an avant le début de la maladie, fournissent cependant des renseignements très exacts sur leurs antécédents personnels et familiaux. A mesure que l'on se rapproche du début de leur affection, les souvenirs deviennent hésitants, confus pour faire place à de véritables erreurs.

Si la mémoire est abolie, il n'en est pas de même de l'imagination ; la « folle du logis » se donne libre cours : le malade se complait à narrer des faits imaginaires qu'à l'exemple du célèbre héros de Daudet il se figure avoir réellement existé. C'est là le second

facteur de la triade symptomatique de la psychose de Korsakolf : la fabulation.

De quels matériaux sont bâtis ces récits fantaisistes et variés ? Ce sont les faits actuels, récents ou peu éloignés ; au contraire ceux qui sont anciens sont souvent rapportés avec correction et de nombreux détails. Pas d'unité, pas de cohérence, mais une infinie variété et de nombreuses contradictions caractérisant ces discours tantôt spontanés, tantôt provoqués par les questions de l'interlocuteur qui en augmentent l'intensité ou la netteté.

A la période d'état, ce symptôme est constant et généralement très accusé ; sa durée est celle de cette phase de la maladie, son évolution n'est pas progressive.

Les fausses reconnaissances ou paragnosie complètent les symptômes fondamentaux énoncés plus haut. Sous l'influence de ce trouble, le sujet croit reconnaître en des personnes qu'il n'a jamais vues des membres de son entourage proche ou lointain ; ses parents, ses enfants, ses amis intimes sont épargnés : il ne se trompe pas sur leur identité. Les illusions du déjà vu portent sur les voisins, sur le personnel médical, sur les parents ou amis qu'il voit rarement. Tel malade prendra un infirmier pour son patron ou bien croira avoir rencontré le médecin dans une société étrangère, qui reconnaîtra parfaitement sa femme ou son père.

Si les personnes sont confondues, les objets, les

choses sont relativement bien reconnus ; le sujet reconnaît aussi le lieu où il se trouve, et, si quelquefois il en est qui prennent l'hôpital pour leur demeure, la plupart se rendent très bien compte qu'ils sont alités et que le médecin vient s'enquérir de leur santé.

A l'image de la fabulation, les fausses reconnaissances ne laissent guère de place au doute : le malade croit ce qu'il dit et n'hésite pas un seul instant dans ses méprises. De même ces erreurs sont variables relativement à un même individu qui est pris tantôt pour celui-ci, tantôt pour celui-là. Là encore comme pour le symptôme précédent, ces illusions du déjà vu sont tantôt spontanées, tantôt provoquées par celui qui interroge.

Ce symptôme qui est constant dure pendant toute la période d'état : il se développe rapidement et regresse peu à peu, très lentement.

Sont aussi cités, à titre accessoire, d'autres caractères que nous ne ferons qu'énumérer ; ce sont : les troubles de l'orientation et la confusion mentale, la conservation partielle de l'attention, les troubles psycho-sensoriels et les interprétations morbides, la conservation presque complète du jugement et du raisonnement, les troubles de l'activité et de l'émotivité ; enfin *quand il n'y a pas de confusion ou de démence marquée, ce qui paraît fréquent, il s'y joint une humeur à la fois indifférente et optimiste bien spéciale* (Chaslin) qui transforme notre malade en un individu gai, jovial, insouciant de son état est

heureux de vivre. C'est là cet état d'euphorie presque constant que signalent les auteurs.

3e *Durée, marche.* — La durée de ces troubles psychiques de la période d'état, dans la forme moyenne, varie de un à plusieurs mois, même une année. L'évolution du syndrome est naturellement *liée à l'origine étiologique, le plus souvent multiple de l'intoxication causale à l'état des organes, principalement du foie et du rein, à l'âge du malade, à l'influence des conditions morbides concomitantes* (Dupré). Quand l'affection complique une infection aiguë, la typhoïde par exemple, ces symptômes évoluent et se prolongent presque parallèlement avec la maladie primitive et les troubles d'ordre confusionnel dont l'éclosion semble favorisée par l'inanition disparaissent quand on réalimente le malade.

Si le système nerveux du patient est peu résistant et si l'infection ou l'intoxication déterminante l'imprègnent de poisons virulents et tenaces, la maladie prend une allure progressive et évolue plus ou moins rapidement vers un état chronique, d'ordre dementiel, dont nous allons décrire la symptomatologie quelque peu particulière.

4° *Terminaison. — La démence polynévritique.* — La transition de la période d'état à la démence est insensible et lente : l'amnésie de fixation devient moins nette, la fabulation perd peu à peu sa richesse et sa variété, les fausses reconnaissances deviennent moins fréquentes ; il n'est pas jusqu'au caractère qui ne se modifie : la malade, habituellement calme,

parlant assez volontiers mais sans excitation intellectuelle est devenue moins gaie et souvent s'affecte de sa situation. Lentement elle a glissé vers un état de démence moyenne, caractérisée par la diminution de la mémoire avec conservation partielle de l'attention et du jugement.

A cette époque, l'amnésie antérograde de fixation, et de reproduction est restée le symptôme dominant elle est cependant moins développée qu'à la période d'état : si le malade ignore l'année, le mois, le jour, il fait souvent des efforts pour les retrouver et peut quelquefois y parvenir. Certains souvenirs du présent sont aussi conservés, et l'on voit des sujets capables d'évoquer un événement important de leur vie récente, comme la mort d'un parent, la perte d'un enfant.

L'amnésie rétrograde s'est elle-même un peu modifiée ; elle porte ordinairement sur plusieurs années de l'âge mûr qui sont complètement oubliées, alors que les souvenirs de l'enfance et de l'adolescence ont persisté intégralement ou presque.

Cette forme d'amnésie est durable et progressive, mais son évolution est très lente.

L'attention volontaire est plus conservé que l'attention spontanée ; ces sujets à psychisme ralenti sont peu touchés par les faits et les choses qui constituent leur vie journalière, mais s'ils sont interrogés ils cherchent à répondre, tâchent de s'expliquer et sont partiellement capables de suivre une conversation.

Le jugement et le raisonnement sont aussi défaillants, mais pas assez pour empêcher les malades de se rendre compte de leur déficit intellectuel et pour qu'ils ne cherchent pas soit à le dissimuler, soit à y remédier. Tel était cet avocat dont Korsakoff rapporte l'observation et qui, devenu correcteur d'imprimerie pouvait très bien indiquer toutes les fautes, mais était obligé, pour ne pas perdre la ligne, de faire des remarques au crayon. Etant revenu plus tard à son métier primitif, il oubliait la conversation qu'il avait eue la veille, ou bien ne se souvenait plus, au moment de plaider, du dossier qu'il avait compulsé.

Ces malades, dont l'activité est considérablement diminuée par suite de la persistance de leur amnésie de fixation qui la rend incohérente, ne sont plus les joyeux boute-en-train de la période d'état : ils s'affligent de leur situation, s'inquiètent de leur guérison problématique et cependant sont assez peu irritables.

La guérison étant impossible, le patient s'achemine lentement vers une issue fatale inévitable, soit par cachexie, soit par une affection intercurrente.

II. — Formes cliniques ; Classification

Elles peuvent être rangées sous deux chefs : d'abord d'après l'intensité des phénomènes constituants, ensuite d'après le symptôme dominant.

Dans la première catégorie, nous reconnaîtrons les formes légères, moyennes et graves.

La première évolue en deux, trois à six mois ; elle ressemble fort à la forme moyenne que nous venons de décrire, à cela près que le début n'en est pas généralement brusque et que l'amnésie de fixation est moins complète ; c'est d'ailleurs ce symptôme qui persistera le plus longtemps à mesure que l'état mental morbide s'achemine vers la guérison.

La forme grave dont le début rappelle la période initiale des deux précédentes, se distingue rapidement de celle-ci, à la période d'état, par la confusion mentale avec agitation reparaissant par accès qui se répètent à intervalles irréguliers. Après une quinzaine de jours dans cet état, le malade s'affaiblit rapidement ; sa température s'élève, son pouls s'accélère, ses poumons se congestionnent et la mort survient.

La classification des formes cliniques de la psychose de Korsakoff d'après le symptôme dominant offre une plus grande variété. Chacune donne à la maladie un aspect spécial qui persistera, soit pendant toute sa durée, soit pendant une période seulement de son évolution. Ce sont la forme amnésique, la forme fabulante, la forme délirante et anxieuse, la forme confusionnelle, la forme démentielle, la forme rapide et grave.

Les caractères de ces formes ne sont naturellement pas tranchés d'une façon absolue : on a toujours affaire à un complexe symptomatique où se retrou-

vent les trois éléments primordiaux qui caractérisent et individualisent la psychose de Korsakoff : l'amnésie, la fabulation, les fausses reconnaissances, mais le cachet spécial imprimé à la maladie par le passage aupremier plan de l'un de ces phénomènes, autorise à créer ces distinctions.

III. — La polynévrite

Bien que les auteurs que nous avons consulté n'aient pas signalé, au cours de la fièvre typhoïde, la coexistence de la psychose de Korsakoff et de la polynévrite, et que nous-mêmes ne l'ayons pas observé, nous pensons qu'il n'est pas inutile de fixer en quelques traits les symptômes périphériques si fréquemment rencontrés au cours de ce syndrome psychopathique.

La polynévrite se présente avec ses symptômes classiques bien connus.

Causée, elle aussi, par l'intoxication profonde due au poison, à l'infection ou à la toxi-infection, elle atteint les différents domaines de la sensibilité, de la motilité, de la réflexivité, de la nutrition et de la circulation. La paralysie est constante, plus ou moins étendue, soit affectant des territoires bien déterminés (forme monoplégique, paraplégique, généralisée aux quatre membres), soit frappant de préférence un territoire musculaire, alors qu'elle en respecte un autre, elle s'accompagne de douleurs, de fourmillements, d'hyperesthésie musculaire qui,

dans la suite, fait place à l'anesthésie surtout localisée aux extrémités refroidies et cyanosées. Les muscles frappés s'attrophient rapidement et présentent des réactions électriques anormales. Les troubles trophiques sont fréquents et les rétractions tendineuses qui en résultent peuvent créer des infirmités définitives; les œdèmes se montrent fréquemment au poignet et à la face dorsale du pied. Les réflexes sont troublés : abolition des réflexes superficiels, exagération des réflexes profonds.

Il existe parfois des complications oculaires ; il s'agit le plus souvent d'une névrite rétrobulbaire caractérisée par un scotome central bi-latéral et par une amblyopie plus ou moins prononcée avec décoloration partielle des papilles du côté temporal.

Du côté des troubles oculo-moteurs, il a été noté des inégalités pupillaires, une diminution notable de la réflectivité des pupilles à la lumière et à l'accommodation (mais sans dissociation, c'est-à-dire sans A. R.). Il a été égalament noté les paralysies passagères dans la musculature extrinsèque et ressortissant du domaine des IIIe et VIe paires (ptosis).

Il est fréquent que la polynévrite se généralise davantage encore ; de celle-ci reléverait la tachycardie permanente par névrite du nerf X ; l'aphonie des saturnins par paralysie des adducteurs de la glotte, la dyspnée asphyxique par paralysie du diaphragme et des intercostaux.

IV. — Rapports de la Polynévrite avec la psychose de Korsakoff

Korsakoff a décrit ce syndrome sous le nom de psychose polynévritique, ce qui semblerait impliquer la concommitance constante des phénomènes psychiques et des troubles nerveux ; il n'en est pas toujours ainsi (Babinski, Dupré).

L'état mental, en effet, n'est pas lié d'une façon indissoluble aux lésions des nerfs. Bien que Korsakoff soutienne « *qu'un examen attentif permettra toujours de découvrir quelque symptôme de névrite qui aidera à établir le diagnostic de cette affection psychique* », il existe des cas où, malgré une symptomatologie psychique abondante et d'une netteté indiscutable, les nerfs périphériques sont restés absolument indemnes.

En définitive l'association, dans leurs formes discrètes ou frustes de ces deux syndromes, mental et périphérique, de la psychose polynévritique est relativement fréquente ; et l'on est seulement en droit de dire que *certains agents, capables de provoquer les polynévrites peuvent aussi faire naître des troubles mentaux d'une physionomie spéciale qui coïncident avec les lisières des nerfs, tandis que l'on n'est pas autorisé à affirmer que la polynévrite existe nécessairement chez les malades présentant cet état psychique* (Babinski).

IV. — OBSERVATION (personnelle)

A... Georges, 36 ans, sous-officier au N° E. T. E. M., directeur d'usine, entré à l'Hôpital militaire Broussais le 29 décembre 1914 pour dothiénentérie.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires sont bons.

Antécédents personnels. — Marié en 1905, pas d'enfants. Syphilis en juin 1914, a été traité.

Mobilisé le 2 août 1914.

Histoire clinique. — Le malade a été reconnu d'emblée atteint de fièvre typhoïde ; le séro-diagnostic était positif dès le 30 décembre. Vers le 2 janvier, quarante-huit heures avant l'apparition des taches rosées lenticulaires, des troubles mentaux, caractérisés par des altérations de la mémoire et quelques idées étranges avaient attiré l'attention du personnel traitant. Ceci motiva la demande d'un examen spécial qui fut fait par le docteur Benon en notre présence.

Examen spécial du 20 janvier. Etat actuel. — Les troubles psychiques constatés réalisent le syndrome psychose de Korsakoff.

L'amnésie est très accusée et se présente sous la forme d'une amnésie antérograde de fixation totale.

Les acquisitions mnésiques actuelles sont nulles, tous les souvenirs qui auraient pu être réalisés récemment, c'est-à-dire depuis le début de la maladie, sont également nuls. Le malade n'a aucune notion du temps : il ignore l'heure du jour, le moment de la journée, le nom du jour de la semaine, le quantième du mois, il ne sait pas depuis combien de temps il est malade, et, interrogé, il répondra tantôt quinze

jours, tantôt un mois ou deux. Cependant, certains souvenirs antérieurs au début de sa maladie sont conservés : il sait l'année et le mois, il connaît le nom de la ville où il se trouve, il sait qu'il est dans un hôpital, mais il n'en peut dire le nom. Il consent à y rester parce qu'il sait qu'il est malade, affaibli, qu'il a besoin de soins et pourtant il ignore les signes exacts de sa maladie, ce qu'il ressent, où, et ce dont il souffre. Il ne sait jamais si le médecin l'a ou ne l'a pas visité, si l'infirmier lui a fait sa toilette. Il semblerait cependant que des questions pourraient à certains moments l'arracher à cet oubli total des faits et des choses : sa femme en effet le visite tous les jours et son père est resté une semaine près de lui, il ne se souvient pas spontanément de ces visites, mais elles reviennent à sa mémoire si on le questionne à leur sujet.

L'amnésie rétrograde d'évocation et de localisation est mal limitée ; le malade est capable de dire ce qu'il faisait avant la guerre, ce qu'il a fait après sa mobilisation (2 août 1914), mais il ignore depuis combien de temps dure cette guerre, il compte sur ses doigts et dit sept, six, trois mois. Il ne peut pas dire exactement l'année de son mariage et se trompe toujours d'une ou deux années. Il dit être né le 19 avril 1879 et non pas le 23, date exacte.

Les fausses reconnaissances sont exceptionnelles. Jamais il n'a confondu sa femme ou son père avec des personnes étrangères et, à leur dire, il causerait assez raisonnablement chaque jour avec eux ; il leur parle de la famille, de l'avant guerre ; cependant il lui est arrivé de prendre un infirmier pour un camarade et inversement.

On note une tendance à la fabulation. Il vient de dire, par

exemple qu'il est malade à l'hôpital depuis deux mois. Si on lui demande sitôt après : *Qu'avez-vous fait hier?* il répondra : *Hier ? Je suis allé à Belle-Isle.* Or il avait été question que son corps le dirigeât sur cette île pour y garder des prisonniers. Quelquefois il dit : *J'ai été nommé sous-lieutenant.* Il devait d'ailleurs concourir pour ce grade. Il a dit aussi à un infirmier : *Moi je suis député.* Sa famille a expliqué qu'il avait été sollicité pour une candidature dans la Haute-Loire.

Le sujet est habituellement euphorique, il cause d'abondance (excitation intellectuelle) et toujours avec une certaine incohérence.

Evolution.— La fièvre a persisté jusqu'au 28 janvier, décrivant une courbe d'allure classique. Les troubles mentaux se sont dissipés petit à petit et l'on peut fixer leur disparition aux environs du 7 février.

22 février 1915. — *Ce que j'ai dit pendant ma maladie? Je ne sais, c'est le vide complet. Je me souviens pourtant, quelques jours après mon arrivée à l'hôpital, d'avoir dit à un infirmier que mon père était mort. Pourquoi ? Je ne sais, car il vit.*

5 mars. — Sortie par guérison.

18 février 1919. — Le malade a été revu par nous. Les séquelles de son affection sont nulles. Il a rejoint son corps le 5 avril 1915 et est parti au front (?) en juin. Passé au Ne Train le 9 août 1915, il a été dirigé sur le front (?) d'Italie le 24 mai 1917. A été mis en congé illimité de démobilisation le 15 février 1919 à Milan.

Commentaires. — Dans notre observation, la psychose de Korsakoff est apparue à la période d'état

de la fièvre typhoïde. Le début des troubles psychiques fut lent, et rapidement le syndrome s'est caractérisé en ses symptômes essentiels : Amnésie de fixation, fabulation, fausses reconnaissances, euphorie.

L'amnésie antérograde de fixation s'est surtout distinguée par sa netteté et son intensité. Les autres symptômes bien que moins saillants n'en ont pas moins existé et ont fait corps avec l'amnésie pour constituer le syndrome psychopathique.

Tous ces troubles ont regressé lentement au fur et à mesure que la maladie primitive s'acheminait vers la guérison. Ils n'ont laissé aucune séquelle, ni précoce, ni tardive.

En somme nous avons affaire ici à une psychose aiguë, transitoire à pronostic bénin survenant de façon épisodique à la période aiguë d'une dothiénentérie, et non à des troubles mentaux de la convalescence.

La fièvre typhoïde causale s'est montrée de type classique : pas de signes alarmants, généraux ou locaux, soit du côté du système nerveux (mise à part la psychose), soit du côté des viscères : cœur, reins, intestins. Son évolution fut normale en trois phases et la courbe a présenté les caractères d'ascension, de plateau et de chute décrits par tous les auteurs.

V. — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la psychose de Korsakoff au cours de la fièvre typhoïde n'est pas toujours chose aisée, d'autant que, souvent, le syndrome se trouve incomplet par suite de l'absence de troubles nerveux périphériques. Tel est le cas du malade que nous avons observé.

La triade symptomatique que nous avons décrite : Amnésie de fixation, fabulation, fausses reconnaissances, suffit à caractériser la psychose et c'est sur elle que se fonde le diagnostic positif. Ces trois signes peuvent se trouver au complet et dans toute leur netteté, ou bien, quelquefois, l'un d'entre eux prédomine et donnera à la maladie sa forme clinique particulière. Dans d'autres cas, l'un des symptômes pourra être discret et devra être recherché soigneusement : le malade qui nous intéresse n'a pas eu de fausses reconnaissances nettement caractérisées ; cependant s'il n'a pas commis d'erreurs sur l'identité des membres de sa famille, il lui est arrivé de prendre un infirmier pour un camarade ou inversement.

Le diagnostic différentiel est plus important.

Le malade, est-il un délirant ? Qui dit délire, dit aussi thème du délire ; on le chercherait en vain dans le cas actuel. Certes, le malade a présenté des idées mégalomaniaques, il s'est cru officier, député,

mais ce ne sont là que des épisodes vagues, sans unité ni systématisation et ne reposant ni sur des hallucinations ni sur des interprétations. Ces idées n'ont que peu de valeur clinique, noyées qu'elles sont dans un flux de paroles désordonnées ou fantaisistes exprimées spontanément et presque d'une manière continue, conséquence de son état d'excitation intellectuelle et d'euphorie.

Il faut aussi éviter de fondre en une même affection la psychose de Korsakoff et la confusion mentale. Le Korsakoff peut présenter des épisodes confusionnels, mais seulement à titre accessoire, et ces troubles relèvent de l'amnésie de fixation.

Le confus est avant tout un désorienté inconscient, et s'il se rapproche à certains moments du Korsakoff par des phénomènes amnésiques, des fausses reconnaissances et quelques troubles de la perception, il s'en éloigne par nombre de signes spéciaux que nous allons essayer de fixer.

Dans l'attitude des deux malades, existent déjà des différences : le confus est égaré, hébété, sa physionomie reste souvent sans expression. Le psychopolynévritique est présent à ce qu'on dit, les questions qu'on lui pose peuvent attirer son attention et les traits de son visage le décèlent.

Toute la perception du confus est considérablement troublée. Ses sensations sont altérées et ne laissent pas de souvenirs dans sa mémoire ; il ne distingue pas plus les propriétés des choses, qu'il ne reconnaît les objets ou les personnes. Il en

résulte pour lui des méprises dont l'absurdité dénote l'incohérence de sa perceptivité. Dans le syndrome de Korsakoff, le malade voit, entend, comprend, mais il oublie tout aussitôt ces diverses sensations, même celles qui touchent son affectivité.

L'attention du confus est nulle. Il n'en est pas de même chez le Korsakoff : si son attention spontanée est notablement affaiblie, par contre l'attention volontaire est chez lui bien conservée. Le malade écoute ce qu'on lui dit ; il répond parfois avec à-propos, il réfléchit et fait des efforts pour fournir des précisions.

Résultant des troubles de la perception et de l'attention, la désorientation du confus dans le temps et dans l'espace est totale : il ne sait ni où il est, ni comment il vit, ni ce qu'il veut faire. Le psycho-polynévritique, quoique désorienté, l'est à un degré moindre : s'il ignore l'heure, le jour, le mois, la saison, l'année, il fait des efforts pour les retrouver et quelquefois y parvient à l'aide de raisonnements élémentaires. Il sait aussi qu'il est à l'hôpital, malade, que des médecins le visitent ; et même si ces réponses ne sont pas toujours identiques sur ce point, elles peuvent par intervalles être exemptes d'erreurs.

L'amnésie, ce symptôme important commun à l'une et à l'autre affection, diffère dans l'un et dans l'autre cas.

Chez le confus, elle est antéro-rétrograde, diffuse et sans limites précises ; elle englobe à la fois les souvenirs actuels, récents et anciens. Bien que le

confus soit totalement absent quand on l'interroge, son amnésie antérograde est une amnésie de fixation qui ne paraît pas toujours complète et absolue ; les faits présents ne sont pas conservés dans l'esprit parce que mal perçus et leur conservation est en rapport avec leur perception. L'amnésie rétrograde du confus est surtout une amnésie d'évocation, c'est-à-dire transitoire dans sa durée.

Le Korsakoff présente, lui aussi, de l'amnésie antéro-rétograde. Chez lui, l'amnésie antérograde est le symptôme dominant : elle est complète, absolue et totale ; bien que le sujet parle, participe à la conversation, il se contredit, nie et oublie tout ce qu'il a dit et entendu. Ses acquisitions mnésiques sont devenues radicalement impossibles et sont restées nulles depuis le début de sa maladie : l'amnésie est primitive et capitale, le malade n'a pu rien acquérir, rien conserver dans son esprit parce qu'il est amnésique, et cet état persistera aussi longtemps que durera le syndrome psychopathique.

C'est bien là le type d'amnésie que présente le malade que nous avons observé : tous les souvenirs qu'il aurait pu acquérir depuis le début de sa maladie sont absolument nuls.

L'amnésie rétrograde du Korsakoff est en général nettement délimitée ; localisée dans le temps et par rapport à la vie du sujet, elle porte sur plusieurs années qui ont précédé la maladie : les souvenirs anciens, de l'école, de la jeunesse sont souvent bien conservés et le jugement aide parfois à les évoquer.

Ces derniers caractère se sont montrés beaucoup moins nets chez notre malade, mais presque toujours et joints aux précédents, ils suffisent à distinguer les psychopolynévritiques des confus.

Le confus n'est pas non plus un fabulant quand chez lui persiste une certaine activité intellectuelle, il fait des récits incohérents, diffus d'où sont bannies l'imagination et la fantaisie. Dans la psychose de Korsakoff, sa fabulation spontanée ou provoquée est abondante et elle donne au discours de la vivacité et de la variété.

Les fausses reconnaissances du confus sont fréquentes, mais grossières et empreintes d'absurdité et d'illogisme foncier : le malade qui prend une chaise pour son cheval, l'infirmier, pour sa femme ou son petit enfant, ne peut être comparé ni confondu avec celui dont les erreurs ne portent que sur les personnes qu'il voit rarement et jamais sur les objets. C'est là le cas du Korsakoff auquel il n'arrivera pas de prendre des étrangers pour des parents ou des amis intimes.

Les accidents délirants, rares chez le polynévritique ne l'absorbent pas à un point tel que l'on ne puisse fixer son attention et obtenir les renseignements que l'on désire ; par contre ils sont plus intenses chez le confus et paraissent souvent occuper le premier plan de son idéation si bien que l'on ne puisse obtenir de lui qu'il soit un seul instant attentif.

Les facultés de jugement et de raisonnement qui sont relativement intactes chez le Korsakoff, sont

profondément atteintes chez le confus en raison de ses troubles de la perceptivité.

Celui-ci est surtout un indifférent, ni triste, ni joyeux, il est cependant assez faiblement irritable. Le Korsakoff est plutôt un euphorique.

Tandis que le confus est un agité incohérent, désordonné, le psychopolynévritique est plus calme : ses gestes sont logiquement reliés à ses paroles.

L'amnésie de la psychose de Korsakoff peut faire égarer le diagnostic vers celui de démence. Celle-ci est caractérisée par un affaiblissement graduel, total, irrémissible de toutes les facultés intellectuelles : mémoire, attention, jugement, raisonnement. L'amnésie des déments, succédant d'ordinaire à un ictus est bien plus complète, bien plus totale que celle du Korsakoff, elle montre de plus une tendance nette à évoluer vers la chronicité.

La cause première de la psychopathie de notre malade étant la typhoïde, nous eussions pu être incités à penser qu'il présentait des épisodes confusionnels au cours d'un syndrome asthénique. Nous écarterons cette hypothèse en remarquant que, si le malade, alité et physiquement affaibli était d'une façon certaine déprimé et incapable d'efforts musculaires, il ne présentait pas cette déficience presque totale de l'imagination qui caractérise l'asthénique. Chez celui-ci, en effet, l'activité psychique est considérablement diminuée : l'association des idées est difficultueuse, l'attention se fixe avec peine, l'évocation, la localisation des souvenirs est

parfois totalement impossible (amnésie de reproduction). Le patient se rend compte de l'état chaotique de ses facultés et il s'en plaint. L'asthénique se fatigue vite : physiquement et intellectuellement les troubles de l'orientation et de la reconnaissance sont chez lui inexistants.

Pronostic. — Le pronostic du syndrome de Korsakoff est généralement grave. S'il est vrai que la guérison est la règle chez les sujets résistants, indemnes d'hérédité névrophatique, à viscères suffisants et dont l'organisme subit les atteintes temporaires d'une toxi-infection aiguë, et dans la forme légère de la maladie, il n'en persiste pas moins que la démence en est l'aboutissant chez les malades âgés, artérioscléreux, à viscères insuffisants et soumis aux effets d'une intoxication chronique. Cette terminaison est également fréquente chez les sujets à hérédité chargée, profondément infectés ou intoxiqués, surmenés, atteints d'affections multiples dont l'association renforce les effets (alcoolisme et tuberculose, alcoolisme et typhoïde, alcoolisme saturnisme et syphilis, alcoolisme et diabète).

Nombreux sont les cas où la mort est l'aboutissant naturel des affections qui se sont compliquées du syndrome de Korsakoff.

La guérison incomplète est possible, elle marque la transition avec la démence polynévritique, ou même elle prédispose à la démence précoce à substratum toxi-infectieux.

VI. — TRAITEMENT

Le malade dont il s'agit ici a été traité dans un service de contagieux faisant partie d'un hôpital militaire ; jamais il n'a présenté d'agitation considérable, cependant il a été nécessaire d'organiser autour de lui une surveillance constante de jour et de nuit. Grâce à ces dispositions et vu le caractère essentiellement aigu et transitoire des troubles psychiques en cause, le placement dans un asile d'aliénés a pu être évité.

C'est là un exemple typique de ces cas d'aliénation mentale transitoire qui pourraient être traités dans des services d'aigus organisés, soit en marge des salles communes des hôpitaux, pour les malades intransportables et présentant des troubles mentaux au cours des affections fébriles, soit dans des services ouverts, distincts des asiles de traitement.

En effet, en présence d'un tel malade une question se pose d'emblée : faut-il l'interner ? Il n'en est pas de plus grave au cours de la pratique médicale. Certes, le traitement s'impose dans des services spécialisés, mais il faudrait épargner à ces malheureux, susceptibles de guérir sans séquelles, de traîner avec eux, pendant toute leur existence, un passé entaché

de la tare de l'asile et qui compromette gravement leur avenir social.

Il existe en effet toute une catégorie de malades dont le type est représenté par ceux que nous désignerons sous le nom générique de *petits délirants* qui, sans être au même degré que les persécutés, les maniaques, les P. G., les mélancoliques, dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, sont cependant incapables de rester en famille et ont besoins de soins particuliers et d'une surveillance spéciale. Dans les milieux pauvres, ces malheureux sont actuellement voués à échouer à l'asile. Cet aboutissant est d'autant plus obligatoire que non seulement les organisations dont nous parlions plus haut sont d'une extrême rareté, mais encore qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de loi permettant d'hospitaliser, en dehors de l'internement, les sujets atteints d'affection mentales aiguës, transitoires et curables et qui ne sont pas dans une situation médico légale comme les aliénés, ces psychopathes à réaction anti-sociale.

Un projet dans ce sens va, paraît-il, être déposé incessamment sur le bureau de la Chambre (1).

En attendant le remplacement des asiles actuels par de véritables hôpitaux psychiâtriques, comprenant des sections ouvertes et fermées, où les malades seraient traités sans être séquestrés, des services ouverts existent à Sainte-Anne et des sections d'agi-

1. *Encéphale*, supplément, déc. 1923.

tés incorporées aux grands hôpitaux ont déjà été créées à Paris. Là, dans des locaux séparés, un personnel suffisamment nombreux et surtout exercé assure aux malades les soins que nécessite leur état, tandis que le médecin traitant a toute liberté pour les examiner au mieux et au plus vite ; il gardera les intransportables et ceux pour lesquels la guérison n'est qu'une affaire de jours et dirigera les incurables sur les centres spécialisés.

C'est là l'aboutissant d'un mouvement dont le début remonte à une vingtaine d'années.

Dès 1901, M. Legendre lisait à la Société médicale des hôpitaux de Paris une note intitulée : *de la nécessité d'aménager dans chaque hôpital un local spécial pour l'isolement des agités temporaires.* M. Anglade en 1903 a émis le même vœu quand il écrivit le chapitre du traitement dans le traité de G. Ballet. D'autres auteurs ont suivi ce mouvement, parmi lesquels nous pourrons citer M. Benon qui fit paraître dans la *Presse médicale du 16 décembre 1911* un long mémoire sur : *l'assistance hospitalière spéciale et les états mentaux aigus ou subaigus.* Plus près de nous, M. de Massary qui a inspiré la thèse du Dr P. du Souich sur : *le fonctionnement d'un service d'agités à l'Hôpital Lariboisière* (*Paris*, *1922*) a, lui aussi, exposé devant la même société en juillet 1920 et avril 1921, *la nécessité d'organiser dans les grands hôpitaux des services d'isolement pour agités ou aliénés non susceptibles d'internement immédiat.* Enfin la même question vient d'entrer à nouveau en

discussion, devant la même assemblée, au cours d'une séance du début de novembre dernier (1).

Souhaitons de voir ces institutions se généraliser, favorisées et secondées en cela par la révision de la loi de 1838, laquelle dans son immutabilité, en dépit des années écoulées, des changements de régime et de l'évolution des connaissances médicales, régit encore le fonctionnement des asiles départementaux.

Soustrait à la fois à l'ambiance des salles communes et aux cellules de la sombre maison, le malade devra être maintenu au lit. Pour les cas semblables à celui que nous avons présenté, cette mesure ne souffre pas de discussion : un typhique n'est pas un malade qui se déplace, et le traitement de l'affection causale se confond en ce point avec celui de la psychose. Cette pratique est d'ailleurs presque générale dans le traitement des psychopathies depuis que Guislain (2) *a affirmé les bons effets du décubitus prolongé pour ramener au calme les maniaques et qu'il a exposé les heureux résultats obtenus par ce moyen dans la mélancolie.* En effet, l'alitement présente assez peu d'inconvénients auxquels on peut d'ailleurs remédier, tandis, que d'autre part, il exerce une action bienfaisante sur la circulation, la respiration et la nutrition en général : le pouls et les mouvements respiratoires se ralen-

1. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* Séance du 2 novembre 1923, p. 1447 et seq.

2. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies ou traitement théorique et pratique des maladies mentales*, t. III. Gand, 1852, cité *in* G. Ballet, *Traité de Psychiâtrie.*

tissent, la tension artérielle se régularise, les dépenses de l'organisme se trouvent réduites à leur minimum.

L'hydrothérapie, consistant en bains tièdes ou progressivement refroidis, fait partie des directives thérapeutiques classiques préconisées par les auteurs et trouve ici son indication confondue avec celle du traitement de la fièvre typhoïde : elle abaisse la température du malade tout en exerçant une action sédative sur son système nerveux, elle tonifie l'organisme en stimulant les fonctions végétatives.

Le poumon, le cœur, surtout le rein, ne devront pas être perdus de vue, car de ces derniers dépend le pronostic : l'huile camphrée, la strychnine auxquelles on ajoutera un diurétique bien choisi, seront d'un secours précieux ; à moins qu'on ne leur préfère la digitale sous forme de teinture qui permet d'obtenir les deux effets avec un même médicament.

En somme, traiter la maladie causale par les moyens appropriés renferme le secret de la thérapeutique de l'affection qui l'a compliquée, *sublata causa, tollitur effectus.*

VII. — CONCLUSIONS

1° La fièvre typhoïde, dans sa période aiguë, est susceptible de se compliquer de troubles mentaux assez variés. Les plus communs sont : la confusion mentale, le délire hallucinatoire mal systématisé, la psychose de Korsakoff ;

2° La confusion mentale et le délire hallucinatoire sont des complications signalées par presque tous les auteurs : la première se présente surtout sous la forme d'accès confusionnels, généralement de très courte durée ; le délire hallucinatoire à tendance à persister un peu plus longtemps ;

3° La psychose de Korsakoff n'est que très exceptionnellement mentionnée dans les traités (Dupré, Benon). Les symptômes essentiels du syndrome, au cours de la fièvre typhoïde, comme dans les autres infections ou intoxications, sont : l'amnésie de fixation, la fabulation, les fausses reconnaissances et l'euphorie ;

4° La psychose de Korsakoff doit être distinguée de la confusion mentale dans le cadre de laquelle beaucoup d'auteurs français, à la suite de Régis, ont tendance encore à la faire entrer ;

5° La psychose de Korsakoff qui apparaît au cours

de la fièvre typhoïde ne s'accompagne généralement pas de polynévrite. Ce fait n'est pas propre à cette maladie et s'observe dans d'autres infections ou intoxications ;

6° Le pronostic de la psychose de Korsakoff grave d'une manière générale, s'est montré bénin dans le cas que nous avons observé ;

7° Le traitement d'états psychopathiques aigus comme la psychose de Korsakoff apparaissant au cours de la fièvre typhoïde, doit se faire autant que possible, non pas à l'asile des aliénés, mais dans des services de psychiâtrie ouverts afin d'éviter au malade la tare de l'internement.

Vu : le président de la thèse,
SICARD

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

PUBLICATIONS RUSSES

KORSAKOFF (S.). — De la paralysie alcoolique. *Thèse Moscou*, 1887.

— Trouble mental dans la paralysie alcoolique et son rapport avec le dérangement de la sphère psychique dans la névrite multiple d'origine non alcoolique. *Mon. russe de la Psychiâtrie et de la Neuro-pat.*, 1887, IV, 2.

— Quelques cas de cérébropathie particulière dans la névrite multiple. *Gaz cliniq. hebdomad. russe*, 1889, nos 5, 6, 7.

— Troubles psychiques associés à la névrite multiple. *Rev. de Méd. russe*, 1889, n° 13. p. 3-18.

— Sur une forme de maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénérative. *Congrès internat. de Méd.* Paris, 1889.

— Sur une forme des maladies de la mémoire. *Rev. philosoph.*, 1889, n° 11.

— Sur la symptomatologie de la forme polynévritique des psychoses post-typhoïdiques. *Recueil russe d'articles sur la Neuropathie et la Psychiâtr.* Moscou, 1890.

— Cas de psychose polynévritique avec autopsie. *Rec. russe d'art. sur la Neuropath. et la Psychiâtr.* Moscou, 1890 (en collaborat. avec Serbsky). *Arch. f. Psychiâtr*, XXIII, 1.

— Sur une forme spéciale de troubles psychiques combinés à la névrite multiple. Psychose polynévritique et cérébropathie toxémique. *Allgem. Zeitsch. f. Psychiâtr.*, XLVI, 1891, 4 et *Arch. f. Psychiâtr.*, XXX, 3, 1890-1891 in *Arch. de Neurol.*, 1890, II, 73.

— Faux-souvenirs (pseudo-reminiscences dans la psychose polynévritique *Allgem. Zeitch f. psychiât.*, XLXVII, 1891, 3-4.

VAÏNDRACH. — Psychosis polynevritica S. cerebropathia psychica toxæmica. *Revue russe de médecine*, 1889, n° 16.

DOUBROVINE. — Cas de trouble mental post-typhoïdique. *Comptes*

rendus des séances des neuropathologues et des aliénistes de Moscou, 1890-91, p. 32-36.

KICHKINE. — Deux cas de cérébropathia psychica toxaemica à la suite de l'ictère. *Moniteur russe de la psychiât et de la neuropathol.*

SOUKHANOFF (S.) et ORLOFF (N.). — Contribution à l'étude la psychose polynévritique. *Comptes rendus de la Société des neuropathologues et des aliénistes de Moscou.* Séance du 18 déc. 1898.

SOUKHANOFF (S.) et TCHELZOFF. — Un cas de polynévrite et de psychose polynévritique, maladie de Korsakoff ; à la suite d'un anthrax dans le cours d'une psychose mélancolique aiguë. *Annales médico-psychologiques*, 1902, n° 3, p. 369.

PUBLICATIONS FRANÇAISES

R. BENON. — 1° Eléments de Pathologie mentale. Paris, 1922, Ire partie, VI, p. 129.

— 2° L'alcoolisme cérébral. Paris, 1923, Ire partie, IV, p. 80.

— 3° La confusion mentale. *Journal de médecine et de chirurgie pratique de Lucas Championnière*, n° du 25 mai 1923, p. 361.

— 4° Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus ou subaigus. *Presse médicale*, 16 décembre 1911, p. 1036.

DUPRÉ in Gilbert-Ballet. — *Traité de psychiâtrie*. Paris, 1903, p. 1122.

RÉGIS. — Précis de psychiâtrie. Psychopathie des maladies infectieuses. Paris, 1906, p. 628.

CHASLIN. — Eléments de Séméiologie et de Clinique mentale. Paris, 1912.

SERGENT. — Traité de médecine. Paris, 1922. *Psychiâtrie*, II, p. 56.

BABINSKI (J.), in Charcot, Bouchard, Brissaud. — Traité de médecine. Paris, 1905, t. X. Névrites, p. 98.

ENRIQUEZ. — Traité de Médecine. Paris, 1909, p. 533.

VINCENT (H.) et MURATTET. — Fièvre typhoïde et paratyphoïde. Paris, 1916, p. 58.

ROGER (G.-H.). — Les maladies infectieuses. Paris, 1902.

MERKLEN, MINVIEILLE, HIRSCHBERG, MASSARY (E. DE), CLAUDE LEGENDRE, TOULOUSE. — Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 2 novembre 1923, p. 1447.

Impr. spéciale de la Librairie Arnette, Paris. — 6268-24.

DU MÊME AUTEUR

L'HÉMOPHILIE. — Aperçu clinique et pathogénique : Son traitement ; état actuel de la question. (En collaboration avec M. le Docteur DENÉCHAU). — *Archives médico-chirurgicales de Province,* février 1922.